

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CONTENCIÓN EN SALUD MENTAL?.

Martínez, Alejandra Gabriela.

Cita: Martínez, Alejandra Gabriela (2013). *¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CONTENCIÓN EN SALUD MENTAL?. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <http://www.aacademica.com/000-054/296>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <http://www.aacademica.com>.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CONTENCIÓN EN SALUD MENTAL?

Martínez, Alejandra Gabriela
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo surge a partir de la realización del Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el Campo de las Ciencias Sociales, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Me interesa indagar sobre uno de los recursos utilizados para la atención de pacientes psiquiátricos: las contenciones físicas. Dicho recurso es utilizado para manejar ciertas circunstancias de violencia, agresión y/o riesgo que resultan desbordantes en el marco de una sala de internación de salud mental. Tomando el caso de S, un paciente de 45 años que ingresó en una sala de internación a puertas abiertas en un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires con un cuadro de excitación psicomotriz, procuraré realizar un análisis de la temática que permita a su vez cuestionar y reflexionar sobre la misma, dado que es una práctica que parece estar muy arraigada y ser común en cualquier sala de internación de salud mental, ya sea del ámbito público o privado. Es menester destacar que la información referenciada respeta el secreto profesional por lo que no aparecen datos reales.

Palabras clave

Contención, Derechos Humanos, Salud mental, Sujeto

Abstract

WHAT WE TALK ABOUT WHEN WE TALK ABOUT MENTAL HEALTH CONTAINMENT?

This paper arises from the realization Upgrade Program in Mental Health Determinants in the Field of Social Sciences, part of the Faculty of Social Sciences, UBA. I want to inquire on one of the resources used for the care of psychiatric patients: physical restraints. This resource is used to handle certain circumstances of violence, aggression and / or risks that are overflowing in the context of a room in a mental health. Taking the case of S, a patient of 45 years who entered a hospital room to open door in a General Hospital of the City of Buenos Aires with a picture of psychomotor excitement, I will attempt an analysis of the issues that in turn allows question and reflect on it, since it is a practice that seems to be deeply rooted and be common in any room inpatient mental health of either the public or private sphere. It is necessary to emphasize that the information respects the confidentiality referenced so data does not appear real.

Key words

Containment, Human Rights, Mental health, Subject

El objetivo principal del presente trabajo radica en: analizar el uso de las “contenciones físicas”. Este análisis va a permitir, a su vez, interrogar y desnaturalizar su uso, al conocer las implicancias y desencadenantes que produce en los pacientes promoviendo su uso de manera responsable y acorde con la nueva Ley de Salud Mental y el Paradigma de Derechos Humanos.

Como interrogante rector del escrito, teniendo en cuenta las normativas vigentes en países como España, Chile, Estados Unidos, que han disminuido el porcentaje de pacientes que han requerido la contención física, ¿Qué podría hacer nuestro país para disminuir la cantidad de pacientes ingresados en salas de salud mental que reciben contenciones mecánicas como parte de su tratamiento? Es decir, ¿Existe un solo tipo de contención?, ¿Qué alternativas existen?, ¿En qué situaciones se considera pertinente su utilización?, ¿Cómo resguardar los derechos humanos de los pacientes al contenerlos? Y por último, ante la falta de reglamentación en nuestro país, considero pertinente poder preguntarnos y reflexionar de ¿qué hablamos cuando hablamos de contenciones en salud mental?

Un paciente agitado

S. de 45 años ingresa a un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires, traído por el SAME, y acompañado de su familia, con un cuadro de excitación psicomotriz. Luego de 3 días de permanecer en la guardia, sedado y contenido mecánicamente en sus 4 miembros, S. ingresa a la sala de internación, una sala de puertas abiertas, del mismo nosocomio, manteniendo su estado de sedación y contención mecánica. Durante su estadía en el servicio, y luego de amenazas y fugas, el paciente vivenció varios episodios de contención emocional, farmacológica y física, hasta que la medicación hiciera su efecto y estabilizara su estado del ánimo. Luego de aproximadamente 5 meses de internación, el paciente fue dado de alta y continuó su tratamiento por consultorios externos. El paciente había tenido una internación previa en una localidad de Bolivia, donde residió por 15 años. Durante el curso de esa internación el paciente permaneció meses en estado de sedación total y atado a la cama del hospital. El paciente recuerda esos meses con pesar y angustia, sin embargo, en su internación en Buenos Aires, la familia insistía en que lo mejor era esto, dado que “es la única forma de contenerlo”.

¿De que hablamos cuando hablamos de contención en salud mental?

En lugar de decir atar a un paciente, se dice contenerlo, ¿pero de qué tipo de contención hablamos cuando se ata a un paciente a la cama?, ¿porqué está tan naturalizada, no solamente la práctica en sí misma, sino también, algo tan sencillo como su denominación?

Es interesante como la definición de contención psiquiátrica termina con una palabra clave que es proteger. ¿A quién se intenta proteger con esta práctica? Es sabido que dicha práctica es: “una de las situaciones más incómodas a que se puede ver expuesto un equipo de salud en la práctica profesional”. [1] Sin embargo, a veces parecería que no hay otra opción dados los escasos recursos con los que cuentan nuestros hospitales públicos. ¿O acaso si hay otra opción?

El caso de Estados Unidos, resulta alentador para poder reflexionar

sobre como mediante una normativa (OBRA) se pudo modificar el uso de dicha medida restrictiva, disminuyendo significativamente el porcentaje de su prevalencia. A su vez, tanto el protocolo de Chile como el de España especifican los recaudos que deben tomarse ante la aplicación de esta técnica, como así también, la obligatoriedad de informar al paciente de una manera comprensible el uso de esta técnica como medida excepcional (como último recurso, luego de haber valorado otras alternativas).

Por un lado, parece importante poder pensar sobre qué es lo que se busca con la Nueva Ley de Salud Mental. Si bien la ley promulga cambios que resultan muy importantes para los pacientes, en algunos puntos pareciera que hace agua al no poder cubrir o dejar espacios nulos. ¿Porqué no hay ninguna regulación específica sobre el uso de las contenciones mecánicas? ¿No debería poder abarcar y regular el uso de la misma?

Con la ley 448, las internaciones se producían en los manicomios, donde existían diferentes salas y dispositivos de seguridad específicos. Con lo cual, las contenciones no eran solamente mecánicas (atando a los pacientes a la cama), sino también eran más generales del espacio en el que podían manejarse los pacientes durante su estadía en el servicio. Ahora bien, con la Ley 26.657, y la política de desmanicomialización, las internaciones se producen en hospitales generales, y las salas de internación de salud mental que se encuentran en dichos nosocomios tienen las características de ser de puertas abiertas. Esto quiere decir que las medidas de seguridad son las mismas que para cualquier sala de internación. Entonces, ¿que hacer ante un paciente que se muestra agresivo, vocifera amenazas y se fuga de la sala en más de una oportunidad? Sin duda el caso de S. es muy diferente al de Ximenes López (paciente fallecido luego de sufrir golpes, contenciones y malos tratos en un Hospital de Brasil) ya que este último no refería riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y es por eso que se considera que su contención mecánica fue innecesaria. Sin embargo, los procesos de contención de S. resultaron, no solo para el paciente, sino también para los profesionales que las presenciaron avasallantes y desbordantes. Es cierto, que durante un episodio agudo de excitación psicomotriz es prácticamente imposible realizar una contención verbal (o emocional). Esto me hace reflexionar, dado que pareciera que lo que se busca no es erradicar estas prácticas de control del cuerpo sino, mejorar la forma en que se llevan a cabo.

Foucault (1987), en *Vigilar y Castigar*, hace un recorrido por la evolución del castigo. Dentro de dicha evolución habla de una reforma llevada a cabo en el Siglo XVIII, que tenía varios objetivos y dentro de ellos: "(...) *hacer del castigo y de la represión de los ilegalismos una función regular, coextensiva a la sociedad; no castigar menos, sino castigar mejor; castigar con una severidad atenuada quizá, pero para castigar con mas universalidad y necesidad; introducir el poder de castigar más profundamente en el cuerpo social*". [ii]

Esta cita demuestra que los modos de ejercer "castigo" siguen siendo los mismos, no son menos, sino que son "mejores" o que están más estandarizados. Pero no hay que perder de vista lo que plantea la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: "*Cuando el aislamiento y la fuerza son utilizados como medios de castigo, coerción o para objetivos impropios, la violación de los derechos humanos es todavía más grave. En los casos en que el uso de la fuerza haya provocado un gran dolor o sufrimiento físico o psíquico, su indebida utilización con fines impropios podrá constituir tortura*". [iii]

En Brasil, y luego del caso de Ximenes Lopes, y su desafortunado desenlace, se llevaron a cabo medidas que permitieron un verdadero cambio en el sistema de salud brasileño. En julio de 2011 se cerró la Casa de Reposo Guararapes. Dicha fecha marca el inicio de

un proceso de transición que fue virando de ser un modelo de asistencia enfocado en la atención hospitalaria en manicomios, para convertir la atención en un proceso de abordaje descentralizado, regionalizado, con nuevos equipos y que promulgó la rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedades mentales. Dice el fallo de 2006: "*Desde la muerte del señor Damião Ximenes Lopes hubo en el Estado una reducción de 19.000 camas hospitalarias psiquiátricas en instituciones semejantes a la Casa de Reposo Guararapes. Además, entre los años 1999 y 2005 fueron creados de quinientos a seiscientos servicios extrahospitalarios, capaces de atender las situaciones graves de salud mental, sin necesidad de hospitalizar al paciente. También se crearon otros tipos de servicio, como las residencias terapéuticas capaces de recibir a pacientes menos graves*". [iv]

El caso de S. puede ayudarnos a continuar con esta reflexión. Frente a un paciente agitado, una sala que no puede contenerlo (y que necesita que el paciente este lo más tranquilo posible para no alterar a otros pacientes) y una familia que pide a gritos que se lo contenga mecánicamente, vista como la única posibilidad para poder controlarlo, se lleva a cabo el procedimiento. ¿Qué voz se escucha? Y sobre todo ¿Qué dimensión se tiene en cuenta? La deontológica jurídica, dentro de las posibilidades que brinda nuestra legislación, se cumple. Obviamente sería interesante que la Dirección de Salud Mental pueda pronunciarse al respecto mediante algún protocolo o normativa. Ahora bien, ¿quién tiene en cuenta la dimensión clínica? ¿Quién resguarda la subjetividad del paciente?

S. ya había pasado por una internación previa donde se lo había contenido y sedado durante aproximadamente tres meses. El paciente se refería a esos momentos con angustia y aseguraba que no quería volver a pasar por algo así. Sin embargo, ante su excitación y el pedido de la familia de llevar a cabo el procedimiento como única forma de contenerlo fue lo que se hizo. Una vez más me pregunto si podría haberse hecho otra cosa.

Mi mayor interrogante, y a su vez, lo que intento cuestionar, es si cada vez que se realiza una contención mecánica es para evitar un posible riesgo del paciente o terceros, y si podría hacerse de otra forma, dado que, un paciente contenido mecánicamente y farmacológicamente se encuentra en un gran grado de vulnerabilidad.

La crítica que podríamos hacer, en búsqueda de un cambio en resguardo de los derechos humanos de los pacientes radicaría en modificar la mala economía del poder, o sea, como está distribuido y sobre todo, como está ejercido. Con el paradigma de Derechos Humanos, y la nueva Ley de Salud Mental, se debería tener como objetivo establecer una nueva economía del poder de castigar; una mejor distribución y gestión, o sea, otra política de los ilegalismos. Donde no se busque castigar mejor o contener el cuerpo, sino que por el contrario, se contenga al sujeto. Para poder contener al sujeto considero indispensable, más allá de los recursos técnicos y las normativas jurídicas que se puedan establecer, que los profesionales puedan trabajar teniendo como eje principal de su abordaje con los pacientes la confluencia de ambas dimensiones. Por un lado, la deontológica jurídica, que regule y de un marco de legalidad a las prácticas y por el otro, la dimensión clínica, donde se escuche al sujeto del inconciente freudiano, se lo tenga en cuenta y se lo resguarde en pos de aliviar al paciente de su sintomatología mental. En el Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación se plantea que la legislación vigente desalienta el uso de la práctica y alienta a los países a desarrollar infraestructura dedicada a la salud mental, dado que: "*es habitualmente la falta de recursos la que genera el empleo de estas formas de intervención por parte del personal*" [v]. A su vez, ya en 1996, la

OMS proponía: “Capacitar a los prestadores de la atención de salud mental para que usen alternativas que reemplacen las tradicionales medidas coercitivas a fin de enfrentar las situaciones de crisis”. [vi] Todos los documentos mencionados coinciden en que el uso de contenciones físicas consiste en un acto médico sanitario y que bajo ningún punto de vista pueden ser utilizados en forma de castigo. “La prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes es una norma internacional general y, si bien se formula de formas diferentes, está contemplada en varios instrumentos internacionales”. [vii]

Antes de llevar a cabo cualquier tipo de proyecto social, se debe partir de un profundo estudio que permita identificar y delimitar las necesidades y problemas sociales. Cualquier cambio que quisiera propiciarse, debería tener como uno de sus ejes principales la capacitación adecuada de los profesionales de la salud mental que trabajan con este tipo de problemáticas. Para que el cambio pueda ejercerse de manera definitiva y contundente es importante estar alertados también de las posibles consecuencias que tiene la aplicación de las contenciones mecánicas como medida restrictiva, no solamente para el paciente en cuestión, sino también para su familia, para los profesionales intervinientes y para la relación terapéutica. Es por eso que para finalizar, quiero dejar esbozados dos interrogantes que considero pertinentes para continuar y a su vez promover el ejercicio de reflexividad: ¿Cómo repercute esta práctica en la relación con los pacientes? Y ¿Cuál es su importancia dentro del tratamiento?

La propuesta de este escrito radica en que, en nuestro país, la interpelación llegue por un trabajo de reflexividad llevado a cabo en conjunto por todos los profesionales de la salud mental y no que se tenga que llegar a casos extremos, como el ocurrido en Brasil, para que el cambio tome forma y se produzca.

NOTAS

[i] Escobar M, E (1987) “El tratamiento de urgencia del paciente violento” en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV / N° 3. Pp. 229.

[ii] Foucault, M. (1987) “Vigilar y Castigar”. México. Ed. Siglo XXI. Pp. 86.

[iii] Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Ximenes Lopes vs. Brasil”, del 4/7/2006. Pp. 13.

[iv] Op. Cit. Pp. 19

[v] Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, Ginebra. Pp. 73.

[vi] Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Pp. 9.

[vii] CPT (2002) Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos y Degradantes. Pp. 20.

BIBLIOGRAFIA

Álava Cascon, T., Blanco Prieto, M., Díaz Moreno, H., Seoane Lago, A. (2005) Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

American Psychological Association (2010) Principios éticos de los psicólogos y código de conducta.

Asociación Mundial de Psiquiatría (2002) Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Ximenes Lopes vs. Brasil”, del 4/7/2006

CPT (2002) Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos y Degradantes.

Escobar, M.E. (1987) “El tratamiento de urgencia del paciente violento” en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV / N° 3.

Foucault, M. (1986) “Las redes del poder”, en Revista Fahrenheit 450, Buenos Aires, Año 1, N° 1.

Foucault, M. 1987 (1977) Historia de la sexualidad, Tomo I la voluntad de saber, México, Siglo XXI.

Foucault, M. (1987) “Vigilar y Castigar”. México. Ed. Siglo XXI.

Galende, E. y Kraut. A. (2006) “El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”. Lugar Editorial. Bs. As.

Hollis Turnham, Esquire. Federal Nursing Home Reform Act from the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 or simply OBRA '87 SUMMARY.

Kolesas, M. y De Volder, C. (2008) La cita documental. Elementos y ejemplos de referencias en los estilos de la MLA y de la APA. Documentos electrónicos. ISO 6902. Documentos del CDI N° 1. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Legislación Sobre Salud Mental y Derechos Humanos. (2005) Editores Médicos. Edimsa.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2010), Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental (Compendio).

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. División de rectoría y regulación Sanitaria. (2003) Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias.

Pichardo Muñoz, A. (1993) Planificación y Programación Social. Segunda Parte: Capítulos 3 y 4. Tercera Parte: Capítulos 5 y 6. Buenos Aires, Humanitas.

Rivera Rodríguez, A., Soto Quintas M.D: Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. Psiquiatría.com. Vol. 06, núm. 2 - Junio 2002.

Salomone, G.Z. (2006) La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Vol. I: Fundamentos. Letra Viva.

Vall Mercadé, Ma. Del Roser. (2012) Breves consideraciones antes las consideraciones físicas. Aspectos Éticos y Legales. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría.com